

| SUCURSAL                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | FECHA DE EXPEDICIÓN                 | VIGENCIA DEL SEGURO                           |                                  | TIPO DE DOCUMENTO      |        |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|-----------------------------------------------|----------------------------------|------------------------|--------|
| SUCURSAL VALLE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 04/06/2025                           | DESDE LAS 24 HORAS<br>09/04/2025              | HASTA LAS 24 HORAS<br>09/07/2025 | EMISIÓN               |        |
| DATOS TOMADOR                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                      |                                               |                                  |                        |        |
| NOMBRE ALCALDIA MUNICIPIO DE JAMUNDÍ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                      | DOCUMENTO NIT 8903990460                      |                                  |                        |        |
| DIRECCIÓN CARRERA 10 NO. 9-75                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                      | CIUDAD JAMUNDÍ                               |                                  | TELÉFONO 602519969    |        |
| ASEGURADOS LOS DESIGNADOS POR EL TOMADOR DEL COLECTIVO BENEFICIARIOS LOS DESIGNADOS POR EL ASEGURADO Y LOS DE LEY                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                      |                                               |                                  |                        |        |
| PLANES CONTRATADOS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                      |                                               |                                  |                        |        |
| Amparos                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                      | VALOR ASEGURADO                               |                                  | VALOR PRIMA ASEGURADOS |        |
| PLAN ALUMNOS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                      |                                               |                                  |                        |        |
| Muerte Accidental                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                      | \$ 7.000.000                                  |                                  | \$ 40.000.000,00 19490 |        |
| Muerte por hecho No Accidental                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                      | \$ 7.000.000                                  |                                  | \$ 0,00 19490          |        |
| Invalidez Accidental y/o Desmembraci  n                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                      | \$ 7.000.000                                  |                                  | \$ 0,00 19490          |        |
| Rehabilitación integral por Invalidez                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                      | \$ 5.000.000                                  |                                  | \$ 0,00 19490          |        |
| Gastos Médicos derivados de Accidentes Amparados                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                      | \$ 7.000.000                                  |                                  | \$ 0,00 19490          |        |
| Riesgo Biológico                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                      | \$ 2.000.000                                  |                                  | \$ 0,00 19490          |        |
| Enfermedades Amparadas                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                      | \$ 7.000.000                                  |                                  | \$ 0,00 19490          |        |
| Auxilio Funerario por Muerte Accidental                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                      | \$ 3.000.000                                  |                                  | \$ 0,00 19490          |        |
| Gastos de Traslado por Accidente                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                      | \$ 1.000.000                                  |                                  | \$ 0,00 19490          |        |
| Renta Diaria por Hospitalización                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                      | \$ 47.450                                     |                                  | \$ 0,00 19490          |        |
| Servicio de Ambulancia A  rea                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                      | \$ 0,00                                       |                                  | \$ 0,00 19490          |        |
| Auxilio Educativo por Muerte de Padres                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                      | \$ 1.000.000                                  |                                  | \$ 0,00 19490          |        |
| Incapacidad Total y Permanente por Enfermedad Amparada                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                      | \$ 2.000.000                                  |                                  | \$ 0,00 19490          |        |
| Riesgo Químico                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                      | \$ 2.000.000                                  |                                  | \$ 0,00 19490          |        |
| Prima a Pagar \$40.000.000                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                      |                                               |                                  |                        |        |
| CONDICIONES PARTICULARES:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                      |                                               |                                  |                        |        |
| MEDIANTE EL PRESENTE ANEXO, SEGUN COMUNICADO Y SOLICITUD DEL CORREDOR DE SEGUROS, SE EXPIDE PRORROGA DE LA POLIZA CON LA SIGUIENTE VIGENCIA: (DESDE LAS 24:00 HORAS DEL 09 DE JUNIO DE 2025 HASTA LAS 24:00 HORAS DEL 09 DE JULIO DE 2025), SEGUN PROCESO DE SELECCIÓN ABREVIADA DE MENOR CUANTÍA No. No. SAMC-SE-373 DE 2025 Y CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL No. 1606 DEL 09/05/2025 CONTRATO N   34-14-22-373 DE 2025. |                                      |                                               |                                  |                        |        |
| LOS DEMAS TERMINOS Y CONDICIONES CONTINUAN VIGENTES.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                      |                                               |                                  |                        |        |
| SE EXPIDE PÓLIZA DE ACCIDENTES PERSONALES GENERACION POSITIVA INNOMINADA CORRESPONDIENTE A LA LICITACIÓN EL CUAL SE ADJUDICA EL PROCESO DE SELECCIÓN ABREVIADA DE MENOR CUANTÍA No. No. SAMC-SE-373 DE 2025, DESDE LAS 00:00 HORAS DEL 09 DE ABRIL DE 2025 HASTA LAS 24:00 HORAS DEL 09 DE JUNIO DE 2025                                                                                                                            |                                      |                                               |                                  |                        |        |
| REPRESENTE LEGAL: PAOLA ANDREA CASTILLO GUTIERREZ CC No. 31579204                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                      |                                               |                                  |                        |        |
| TOTAL DE ESTUDIANTES:20.000                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                      |                                               |                                  |                        |        |
| EADAES DE INGRESO Y PERTENENCIA:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                      |                                               |                                  |                        |        |
| EDAD MINIMA DE INGRESO: 1 A  O                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                      |                                               |                                  |                        |        |
| EDAD MAXIMA DE INGRESO: 68 A  OS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                      |                                               |                                  |                        |        |
| EDAD MAXIMA DE PERMANENCIA: 69 A  OS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                      |                                               |                                  |                        |        |
| CLAUSULADOS:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                      |                                               |                                  |                        |        |
| PÓLIZA DE ACCIDENTES PERSONALES ESTUDIANTILES GENERACIÓN POSITIVA<br>30/01/2023-1423-P-31-APGPV0000000011-D00I30/01/2023-1423-NT-P-31-APGPABAFV00000008                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                      |                                               |                                  |                        |        |
| DEFENSOR DEL CLIENTE: Ana María Giraldo Rincón (Principal) - Pablo Valencia Agudelo (Suplente)<br>Carrera 10 # 97a - 13, Oficina 502 Teléfono +57 (601) 6108164<br>e-mail:defensordelcliente@positiva.gov.co                                                                                                                                                                                                                         |                                      |                                               |                                  |                        |        |
| LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA DE LA PÓLIZA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA, PRODUCIRÁ LA TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO DE SEGURO Y DARÁ DERECHO A LA ASEGURADORA PARA EXIGIR EL PAGO DE LOS GASTOS CAUSADOS CON OCASIÓN DE LA EXPEDICIÓN DEL CONTRATO.                                                                                                                               |                                      |                                               |                                  |                        |        |
| EL PRESENTE DOCUMENTO SE EMITE EN LA CIUDAD DE CALI A LOS CUATRO (04) DÍAS DEL MES DE JUNIO DEL AÑO DOS MIL VEINTICINCO (2025)                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                      |                                               |                                  |                        |        |
| INTERMEDIARIOS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                      | Distribución - Uni  n Temporal y/o Coaseguro |                                  |                        |        |
| CLAVE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | NOMBRE                               | % PART                                        | CÓDIGO                          | COMPAN  A              | % PART |
| 500153039                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | GONSEGUROS CORREDORES DE SEGUROS S.A | 100%                                          |                                  |                        |        |



FIRMA POSITIVA

FIRMA DEL TOMADOR



GENERACIÓN POSITIVA INNOMINADO  
Nro.3100030628-0

Anexo de Póliza nº 9

|                                                                                                                                         |                     |                                  |                                  |                    |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|----------------------------------|----------------------------------|--------------------|
| SUCURSAL                                                                                                                                | FECHA DE EXPEDICIÓN | VIGENCIA DEL SEGURO              |                                  | TIPO DE DOCUMENTO  |
| SUCURSAL VALLE                                                                                                                          | 04/06/2025          | DESDE LAS 24 HORAS<br>09/04/2025 | HASTA LAS 24 HORAS<br>09/07/2025 | EMISIÓN            |
| DATOS TOMADOR                                                                                                                           |                     |                                  |                                  |                    |
| NOMBRE ALCALDIA MUNICIPIO DE JAMUNDI                                                                                                    |                     | DOCUMENTO NIT 8903990460         |                                  |                    |
| DIRECCIÓN CARRERA 10 NO. 9-75                                                                                                           |                     | CIUDAD JAMUNDÍ                   |                                  | TELÉFONO 602519969 |
| ASEGURADOS LOS DESIGNADOS POR EL TOMADOR DEL COLECTIVO BENEFICIARIOS LOS DESIGNADOS POR EL ASEGURADO Y LOS DE LEY                       |                     |                                  |                                  |                    |
| NOTA: SE ANEXA DOCUMENTO EN PDF CORRESPONDIENTE A LAS CONDICIONES PARTICULARES DEL NEGOCIO LAS CUALES HACEN PARTE INTEGRAL DEL CONTRATO |                     |                                  |                                  |                    |